

418

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juin 1900, à une heure

Par M. CAYRE (JEAN-BAPTISTE-JOSEPH)

NÉ A CHELLE-DEBAT (HAUTES-PYRÉNÉES), LE 1^{er} SEPTEMBRE 1873

DE LA LUXATION CONGÉNITALE DU GENOU EN AVANT AVEC CHEVAUCHEMENT

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. TILLAUX.

Juges : { MM. DELENS.
LEJARS.
WALTHER. } agrégés

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552206_0047

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juin 1900, à une heure

Par M. CAYRE (JEAN-BAPTISTE-JOSEPH)

NÉ A CHELLE-DEBAT (HAUTES-PYRÉNÉES), LE 1^{er} SEPTEMBRE 1873DE LA LUXATION CONGÉNITALE DU GENOU EN AVANT
AVEC CHEVAUCHEMENTLe Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.*Président de la thèse : M. TILLAUX.**Juges :*

MM. DELENS.

LEJARS.

WALTHER.

} agrégés

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses.....	BERGER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES de la TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible hommage de reconnaissance
et d'amour filial.*

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUERMONPREZ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Au mois de décembre 1899, nous avons eu la bonne fortune d'observer personnellement avec notre maître, M. le professeur Guermontprez, un cas de luxation congénitale des deux genoux en avant avec chevauchement.

Cette affection est très rare et les traités de chirurgie ne la mentionnent même pas, ou bien ils la confondent avec le *genu recurvatum*.

Aussi, frappé de la curiosité de ce fait et, sur les conseils de notre maître, avons-nous décidé d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous réservons le nom de luxation congénitale en avant au déplacement du tibia sur le fémur avec la sanction constatée du chevauchement. Pour le

genou, s'il n'y a pas de chevauchement proprement dit, c'est de la subluxation, ce n'est pas de la luxation vraie (Guermonprez).

Après avoir fait un aperçu historique de la question, — dans un premier chapitre, nous étudierons sa symptomatologie. — Enfin dans les deux derniers chapitres nous insisterons particulièrement sur le diagnostic et sur le traitement.

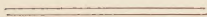
Arrivé au terme de nos études médicales, il nous sera permis d'adresser l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à tous ceux qui furent chargés de notre éducation médicale.

A nos maîtres de la Faculté libre de Lille et particulièrement à MM. les professeurs Augier, Derville et Duret, dont les précieux conseils ne nous firent jamais défaut.

A ceux qui furent nos maîtres à Paris durant les dernières années de nos études. Nous évoquerons longtemps la clarté et la science de leurs cliniques et l'intérêt si grand de leurs consultations. Notre maître M. le professeur Guermonprez a des droits particuliers à notre gratitude et à nos remerciements. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse

et, pour le traiter, il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses judicieux conseils.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous apprécions hautement le grand honneur qu'il nous fait; et nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les luxations congénitales du genou en avant sont très rares ; leur histoire, encore récente, n'est pas longue à présenter.

Quatre cas authentiques sont actuellement connus. Ce sont ceux de Friedleben (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Prague 1860. — III Jahrg, 3 Heft.), de Weinlechner de Vienne, en 1884 (Anzeiger der Königl. Kaiserl. Gesellschaft der Aerzte in Wien. — 20 III 84 N^{os} 21 p. 105), de Ketch de New-York en 1889 et de Moor sans date.

OBSERVATION I

FRIEDLEBEN (1). — *Zwei Fälle angeborener Anomalien der Femora.* — Une primipare solide, bien

(1) Cf. thèse G. Potel : Étude sur les malformations congénitales du genou ; Lille 1897.

portante, qui était tombée sur le derrière pendant le troisième mois de la grossesse, entre en douleurs sans cause déterminée dans le huitième mois de la grossesse, et enfante dans un travail très facile, développé normalement sans aucune intervention, une fille pas trop grosse, en présentation des pieds.

L'enfant est mort et tout à fait bien conservé ; il est mort d'ailleurs pendant le travail, vraisemblablement à la suite de la pression de l'utérus sur le cordon ombilical.

Les jambes de l'enfant vacillaient sur son corps ; on sentait déjà extérieurement les extrémités articulaires des deux fémurs au-dessus de leur situation normale ; les fesses sont aplaties. Les recherches plus détaillées montraient les têtes des fémurs luxées en haut. — Les deux articulations du genou présentent aussi une même anomalie. Les extrémités des tibias sont luxées en haut dans une étendue considérable sur la surface antérieure des fémurs et ne peuvent être réduites, avant que les grands muscles extenseurs de la cuisse soient tous coupés. Les condyles des fémurs, comme ceux des tibias, sont forts et normalement développés, les rotules normalement insérées, les capsules articulaires relâchées et élargies.

Toutes les autres articulations sont normales. — Il en est de même de l'intestin, jusqu'au thymus qui n'est que rudimentaire.

OBSERVATION II

WEINLECHNER (1). — Dans un cas observé par Weinlechner, il existait une luxation congénitale des deux genoux en avant et en dehors, un relâchement certain des articulations de la hanche, particulièrement à gauche, où il existe encore aujourd'hui. (Luxation congénitale de la hanche).

L'enfant fut traité par un autre chirurgien.

Lorsque Weinlechner le vit plus tard à l'âge de cinq ans, le genou droit était normal, à l'exception toutefois du relâchement des ligaments latéraux, à cause duquel l'enfant portait un appareil de soutien, tandis qu'à gauche existaient encore des luxations du genou et de la hanche.

Le genou gauche fut par conséquent réduit par traction sous anesthésie et placé en flexion dans un appareil plâtré ; — quelques mois après, l'appareil fut enlevé — et le membre fut fixé ensuite en extension.

Lorsque Weinlechner revit l'enfant, âgé de seize ans, il n'y avait plus de luxation à gauche, mais un *genu valgum* et la rotule était luxée en dehors. — Le raccourcissement qui, avant cette époque, s'élevait à 1 centimètre $1/2$, est monté dans cet intervalle à 7 centimètres, dont 6 centimètres cor-

(1) Cf., thèse Potel (Lille, 1897).

respondaient à la cuisse elle-même et 1 centimètre était dû au relâchement de l'articulation de la hanche.

Ce retard de la croissance, de même que l'amaigrissement de la jambe gauche pouvait être le résultat de l'altération nerveuse.

En 1884, l'enfant chez qui le relâchement de l'articulation de la hanche est complètement disparu, n'a besoin que d'un tuteur pour l'articulation du genou droit. Mais il se sert pour la jambe gauche d'un appareil de support compliqué remontant jusqu'à l'os iliaque.

OBSERVATION III

KETCH (1). — Petite fille de trois ans qui fut montrée à la section orthopédique de l'Académie de médecine de New-York en 1889. Il existait à droite une luxation de la tête du tibia en avant, avec eversion et *genu valgum*. Les ligaments étaient relâchés, surtout le ligament latéral interne ; mais ils l'étaient tous quand on vit l'enfant pour la première fois à huit mois.

OBSERVATION IV

DE MOOR (2). — *Angeborene Luxato der Tibia nach vorn.* — Enfant né avec présentation du som-

(1) Cf. POTEL. — *Loco citato*.

(2) LANGENBECK'S, Archiv. 17. Cf. thèse Potel.

met. Parents et frères sains. Luxation du genou en avant facilement réductible par une légère traction sur la jambe, mais reprenant aussitôt sa position première.

Absence de la rotule de la jambe gauche.

En dehors de ces quatre cas authentiques, on a décrit sous le titre de *genu recurvatum*, des affections qui nous paraissent être des luxations congénitales en avant et sur lesquelles nous reviendrons à propos du diagnostic différentiel.

La question n'avait pas encore été abordée directement en France, lorsque M. Guermontez a présenté, le 10 janvier 1900, à la *Société Anatomoclinique de Lille*, une première note sur la véritable luxation des deux genoux en avant. Par sa description et par des photographies assez nombreuses et assez variées, il établit l'authenticité de la symptomatologie de la difformité dont il s'agit. — Cette note a été publiée par le *Journal des Sciences Médicales de Lille* (7 avril 1900, p. 324). Elle a été reproduite dans les *Annales de Chirurgie et d'orthopédie* (Paris, avril 1900, p. 108).

On trouvera plus loin l'observation qui a servi de base à cette première note. Nous donnons à

l'appui deux gravures, encore inédites, d'après les photographies que nous avons choisies à cet effet. Nous n'avons pas trouvé d'autres documents à comparer avec ceux dont nous avons directement, et à plusieurs reprises, vérifié l'exactitude.

Dans la séance du 2 mai 1900, nous avons présenté à la même *Société* — et en collaboration avec M. Guermonprez — une seconde note sur la luxation congénitale des deux genoux en avant et spécialement sur le choix du procédé de réduction.

Il est tout naturel de regretter qu'il n'y soit pas ajouté une étude complémentaire des soins consécutifs et aussi de tous les autres côtés de l'étude de cette question.

Nous laissons à d'autres le soin de combler ces lacunes. Il nous suffit de fournir l'appoint incontestable d'un fait bien établi. L'avenir montrera quelles sont les ressources de nature à préserver quelques enfants d'une infirmité, qui devient définitive, lorsqu'on l'abandonne à un véritable délaissement.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Deux principaux symptômes caractérisent la luxation congénitale du genou en avant : la saillie du plateau du tibia en avant et l'attitude du membre inférieur. C'est, en effet, ce qui résulte de la première partie de l'observation que nous avons relatée et qui a été communiquée à la Société Anato-mo-clinique de Lille, le 10 janvier 1900.

OBSERVATION (1).

Marie Z., est née à terme, autant, du moins, qu'il est possible de l'établir par la date des dernières règles de sa mère, par la date des premiers mouve-

(1) Première note sur la véritable luxation congénitale des deux genoux en avant, par M. Fr. GUERMONPREZ.

ments actifs pendant la vie intra-utérine et par les caractères du développement des ongles au moment de la naissance.

L'accouchement s'est fait par le siège avec une rapidité relative ; il ne s'est cependant pas effectué spontanément. Il a fallu amener d'abord le membre postérieur, puis l'autre ; cette manœuvre obstétricale s'est effectuée difficilement. La jambe a été trouvée fléchie sur la cuisse, aussi bien de l'un que de l'autre côté. Le dégagement des membres supérieurs s'est accompli presque spontanément. Pour extraire la tête, il a fallu recourir à la manœuvre de Mauriceau. Aucune de ces manœuvres n'a pu exercer le moindre traumatisme sur l'enfant.

Pour interpréter les origines des difformités, on cherche vainement les arguments de l'hérédité. La sœur aînée est régulièrement conformée ; elle est âgée de 5 ans et bien portante. Le père et la mère, ainsi que les grands parents, sont également exempts de toute tare tératologique. Il en est de même dans tout le reste de la famille, tant du côté paternel que du côté maternel. Les influences vraisemblables ne sont donc pas celles de l'hérédité.

Tout ce que l'on peut signaler, c'est d'abord l'émotivité maternelle, qui se faisait une idée épouvantée de la perspective du travail de la parturition, parce qu'elle avait conservé un souvenir endolori de son tour de primiparité. On a également supputé les conséquences possibles des fatigues d'un service plus qu'ordinaire dans l'entretien du ménage.

Il n'y a eu ni peur, ni traumatisme, ni aucune maladie pendant la grossesse.

L'origine des difformités demeurerait donc obscure,



Figure 1 (d'après une photographie).

si on ne tenait compte de la quantité minime de liquide amniotique et surtout des contractions fréquentes, vigoureuses et prolongées de la paroi utérine pendant la seconde partie de la grossesse :

le père a maintes fois constaté la forme globuleuse et la consistance ligneuse du globe utérin au moment des douleurs localisées dans le ventre.



Figure 2 (d'après une photographie).

Le 28 décembre 1899, l'enfant, âgée de 5 mois, présente un aspect général excellent. Nourrie au sein, elle fait entendre un peu de ronflement avec du bruit de mucosités des voies respiratoires pendant

les têtées ; encore ces bruits vont-ils en s'atténuant depuis la naissance : ils n'existent plus désormais pendant le sommeil comme jadis.

Dans l'ensemble des organes de mouvement, il n'y a ni paralysie, ni contracture. La face présente une particularité : c'est l'enfoncement de la base du nez ; il en résulte un type de visage absolument différent de celui de toute la famille. Le crâne est volumineux proportionnellement à la face. Il en est de même du tronc, lorsqu'on le compare aux membres, tant supérieurs qu'inférieurs.

Les difformités des membres sont symétriques.

Les deux épaules présentent une luxation en avant et en dedans, avec atrophie de la cavité glénoïde. Les bras sont courts et grêles et même réduits de moitié, du moins dans leur segment huméral. On se demande si les clavicules sont atrophiées ; mais on les reconnaît beaucoup plus sinueuses que chez les autres enfants de cet âge.

L'attitude des bras est suffisamment souple et variée ; celle des coudes est demie-fléchie ; les mains sont libres. Tous les mouvements (ou presque tous) sont possibles, mais ceux de l'épaule sont tellement étendus, que l'articulation est presque flottante.

Les membres inférieurs sont à l'état de nanisme, même au niveau de la ceinture pelvienne.

Cependant, les hanches paraissent normales.

Les deux genoux présentent une luxation en avant.

Le chevauchement est important ; il atteint environ

15 millimètres, ce qui fait presque le quart de la longueur de la cuisse, laquelle n'a guère que 5 à 6 centimètres de longueur. Le chevauchement est dans le sens opposé à celui des luxations spontanées, soit paralytiques, soit inflammatoires ; le tibia passe en avant du fémur ; l'épiphyse est amincie pour chacun de ces deux os, dont l'attitude est quasi fixée en extension, bien qu'il existe un peu de mobilité dans tous les sens, à l'exception de celui de la flexion régulière.

Les deux pieds sont déformés en varus équin. La correction est facilement obtenue pour le côté gauche. Elle est incomplètement réalisable pour le côté droit, qui est plus profondément déformé, en même temps qu'il présente une incurvation à concavité interne.

L'attitude des membres inférieurs est souvent la flexion sur le bassin des membres qui demeurent étendus, sans présenter aucune tendance à l'entrecroisement.

Les deux plis cutanés du genou sont très profonds : le supérieur n'existe qu'en avant ; l'inférieur se reconnaît sur tout le pourtour, du moins pour le membre du côté gauche.

On explore d'ailleurs les mouvements communiqués sans se heurter jamais à aucune véritable contacture.

On renonce à la radiographie, parce qu'on ne parvient pas à obtenir une immobilité suffisamment

prolongée de l'enfant; on se borne à recueillir des photographies.

L'un des premiers symptômes qui attirent l'attention dans les luxations de ce genre, c'est l'aspect du membre inférieur.

Il est généralement raccourci; et, dans notre cas, la longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe égalait 19 centimètres $1/2$. Après la réduction elle était à 24 centimètres $1/2$. Le fémur mesurait à peine 6 centimètres en mai 1900.

Au lieu de la configuration normale, le membre inférieur présente une forme cylindroïde, avec un pli profond, parfois deux, dont l'importance s'étend à la totalité ou à la presque totalité du pourtour du genou.

Ces plis cutanés sont signalés à propos des diverses malformations du genou par Kleeberg, Youmans, Motte, Guéniot, Blanc, Phocas, Kirmisson, etc. (1). M. Phocas a écrit qu'ils encadrent la rotule, autour de laquelle se passe le mouvement de flexion pathologique du genou. L'expression plis sus-rotuliens et plis sous-rotuliens doit être préférée, parce

qu'elle indique mieux les directions nettement transversales, avec un vestige d'obliquité vers les limites extrêmes de ces plis.

Leur profondeur varie et aussi leur étendue. Leur nombre est toujours restreint : quatre fois, on en a compté deux ; deux fois trois ; M. Phocas en a distingué quatre.

Ce dernier auteur assure que la peau a conservé au niveau des plis ses caractères normaux de coloration et de consistance.

Ce qui importe davantage, c'est l'amaigrissement du tissu cellulo-graisseux sous-cutané au fond de chaque pli ; c'est là seulement que la palpation méthodique fournit le moyen de discerner correctement les caractères et l'importance de la luxation (Guermonprez).

En même temps que se caractérisent les plis pathologiques de la face antérieure, en même temps s'effacent les plis normaux de la région poplitée.

M. Guéniot (1) regarde les plis comme une preuve de la nature congénitale de l'affection. M. Phocas (2) ne voit pas trop le pourquoi de cette déduction ; il

(1) Bulletins de la Société de Chirurgie (1880).

(2) PHOCAS. — *Loco citato*.

constate que, dans les expériences sur le cadavre, les mêmes plis se produisent facilement ; et il croit que la production des plis est toute mécanique et qu'elle résulte de la surabondance de la peau en avant. D'après M. Kirrison (1) « l'hyperextension du membre amène un relâchement de la peau à sa partie antérieure, d'où la formation de plis cutanés péri-rotuliens, sus et sous-rotuliens à direction horizontale. »

Nous préférons l'avis de M. Guéniot parce qu'il faut tenir compte, non seulement de l'existence absolue des plis, mais encore et surtout des détails précis qui donnent le moyen d'en caractériser l'ancienneté et même la date antérieure à la naissance.

Au fond de ces plis on peut trouver la rotule ; mais comme le dit M. Kirrison (2) « de ce qu'on ne la sent pas bien tout d'abord, il ne faut pas trop s'empres- ser de conclure de son absence. Ainsi, dans notre premier fait, ajoute cet auteur, nous avons pensé tout d'abord que la rotule faisait défaut, tandis que

(1) KIRRISSON. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Paris, 1898.

(2) KIRRISSON. — *Loco citato*.

les examens ultérieurs nous ont démontré sa présence ». — Dans notre cas, des examens renouvelés par MM. Guermonprez, Lancial et par nous-mêmes, n'ont pas permis de trouver la rotule, qui manquait dans l'un et dans l'autre genou. — D'ailleurs sur 78 cas de malformations congénitales du genou, étudiés par M. Potel (1), la rotule était absente dans 16 cas.

L'impotence fonctionnelle du membre est caractérisée par une étendue minime et non utilisable d'hyperextension.

Si l'on essaie les mouvements passifs, on peut légèrement augmenter l'hyperextension et produire un peu de mobilité anormale (Guermonprez).

La palpation permet de sentir en arrière les deux condyles fémoraux sous les minces téguments du creux poplité. Grâce à l'absence de la rotule, elle donne en avant le contact direct et facile avec le plateau tibial, qui suit manifestement tous les mouvements imprimés à la jambe.

Diverses malformations peuvent accompagner la

(1) POTEL, l. c., p. 89.

luxation congénitale du genou en avant. Cette co-existence a déjà été signalée pour le *genu recurvatum*.

« La plus fréquente des malformations qui accompagnent le *genu recurvatum*, dit M. Potel (thèse Lille, 1897, p. 90) est le pied bot... Il est presque toujours double. Cette coïncidence avait déjà été signalée par Brodhurst. La luxation de la hanche a été observée plusieurs fois : Guérin, Hamilton. »

« Outre les contractures, dit encore M. Potel, qui peuvent affecter le membre malade, on peut trouver des rétractions musculaires sur les autres membres.

» Le cas le plus curieux est celui de Hofmøkl où l'une des deux jambes était en hyperextension et l'autre en flexion, contracturée à angle très aigu.

» Le membre supérieur peut être affecté (Beelg). Le sujet de Bouvier présentait « une flexion du coude gauche, et une extension forcée du coude droit. »

D'autres observateurs ont noté des paralysies des sphincters, du facial, etc.

On a encore signalé le spina bifida (Krœlein) la hernie inguinale (Beely) la cryptorchidie (Schœnfeld) l'imperforation du rectum (Tarnier) et la cyphose dorsale avec lordose lombaire et scoliose (Wagner).

Chez notre malade, il n'y avait ni paralysie ni contractures ; mais il existe une déformation des deux pieds en varus équin. De plus, nous avons remarqué une luxation des deux épaules en avant et en dedans avec atrophie de la cavité glénoïde, de l'humérus et de la clavicule. La cloison nasale est enfoncée comme dans le cas de Ridlon.

La symptomatologie de la véritable luxation congénitale du genou en avant se résume donc en ces termes :

Il y a du chevauchement du tibia par devant le fémur ;

Le membre est raccourci ;

Au lieu de la configuration normale, le genou présente une forme cylindrique avec un pli transversal profond, parfois deux.

L'impotence fonctionnelle du membre est caractérisée par l'impossibilité absolue de la flexion et par une étendue minime d'hyperextension.

La palpation indique un peu de mobilité anormale latéralement. Elle permet de sentir en arrière les deux condyles fémoraux sous les minces téguments du creux poplité ; grâce à l'absence de rotule, elle donne en avant le contact direct et facile avec le

plateau tibial, qui suit manifestement tous les mouvements, imprimés à la jambe.

D'autres malformations co-existent assez communément avec la luxation congénitale du genou en avant ; elles contribuent à augmenter la gravité d'une infirmité qui est déjà importante par elle-même.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

La plupart des auteurs, qui ont relaté des observations de malformations congénitales du genou, semblent avoir méconnu la différence qui existe réellement entre le *genu recurvatum* et la luxation du tibia en avant.

M. Lannelongue a fait remarquer le premier (*Soc. de chirurgie*, Paris 1880), qu'il s'agissait, non d'une luxation, mais d'un renversement de la jambe en avant du fémur. M. G. Potel (Th. Lille 1897, p. 50) montre, par trois figures schématiques, que la différence est en effet très sensible.

Le *genu recurvatum* est classé par cet auteur comme une malformation d'origine musculaire ou

neuro-musculaire. Il le considère, non comme une luxation, mais comme l'exagération du mouvement normal de l'extension. La jambe, au lieu de s'arrêter dans la rectitude, poursuit son excursion, de manière à former un angle à sinus antérieur. — Au contraire, dans la luxation véritable en avant, l'extrémité articulaire du tibia glisse en avant du condyle fémoral, la jambe conservant plus ou moins sa direction. Le mécanisme est donc absolument différent ; et il faut renoncer à ranger sous la même étiquette des malformations aussi dissemblables (Potel, 1897, p. 51).

C'est également l'avis de M. Kirmisson, qui, dans son *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, bien qu'intitulant son chapitre : *Genu recurvatum d'origine congénitale* et mettant au-dessous entre parenthèses : *Luxation congénitale du genou en avant*, dit plus loin après avoir relaté deux observations de *genu recurvatum* : « De tous ces faits il résulte que, dans la déformation en question, il n'y a pas, à proprement parler, luxation du tibia sur le fémur ; les deux os ne se sont pas abandonnés ; c'est à peine s'il y a subluxation ou glissement du tibia en avant des condyles fémoraux. »

Déjà la remarque en a été faite par M. Lannelongue. ... Aussi propose-t-il de dénommer cette difformité : renversement de la jambe en avant. De son côté Albert (de Vienne) était frappé du même fait et au titre de *luxation congénitale de la jambe en avant*, il substituait celui de *genu recurvatum d'origine congénitale* qui a généralement prévalu (p. 585).

M. Redard admet tellement l'identité des deux difformités, qu'il intitule son chapitre : *Genu recurvatum* ou *luxation congénitale du genou en avant*. (*Chirurgie orthopédique*, Paris, 1892, p. 537). On s'étonne de ce titre, lorsqu'on lit à la page suivante : « On ne peut admettre qu'il existe une véritable luxation : les signes ordinaires des luxations font habituellement défaut. » Et à la page 539, il écrit encore : « Généralement il y a absence de saillie du plateau tibial, ce qui fait supposer qu'il ne s'agit point d'une véritable luxation. »

Dans son mémoire de 1891 (p. 55), M. Phocas insiste sur les signes qu'il appelle « négatifs ». Le premier qu'il indique en ce genre, pour caractériser le *genu recurvatum*, c'est que « le plateau du tibia ne fait aucune saillie en avant, comme dans la luxation traumatique de cet os. » Le même auteur ajoute,

dans une note, que la saillie du tibia en avant a été signalée par deux observateurs, Weinlechner et Rickman Godlee. « Nous ferons remarquer, ajoutait-il, que ces cas ne sont pas comparables aux autres. Il existait en même temps des mouvements de latéralité. Il s'agissait en somme d'une véritable *luxation*. » C'est M. Phocas qui souligne le mot dans sa note. — Le fait lui-même a une importance plus grande encore que l'appréciation : le lecteur en jugera.

OBSERVATION

RICKMAN GODLEE (1). — *Congenital dislocation of the knee forwards*. — L'auteur présente à la *Clinical Society of London* un enfant de 6 mois qu'il a vu pour la première fois quand il avait 7 semaines et qu'on disait avoir la rotule en arrière de la jambe, au lieu de l'avoir devant. A l'exception de la jambe gauche, l'enfant est bien conformé et bien portant. La jambe est constamment tenue en flexion au niveau de la hanche et en hyperextension au niveau du genou. Parfois des mouvements spasmodiques font frapper le pied contre la poitrine et l'abdomen. Les ligaments du genou sont très lâches, au point que les

(1) LANCET, London, 1877, 316 (Cf., thèse Potel, p. 75).

mouvements latéraux et antérieurs du genou sont possibles, mais à la suite de la contraction spasmodique des extenseurs, le tibia s'est luxé en avant, sur l'extrémité inférieure du fémur et la flexion est très difficile. Les condyles du fémur proéminent d'une façon anormale dans le creux poplité. La rotule existe à sa place normale, mais M. Godlee estime qu'elle est nettement plus petite que la droite. Il n'est pas difficile de réduire la luxation. Le psoas, le muscle droit sont contracturés ; et le spasme est augmenté pendant la manipulation, produisant l'hyperextension. Pas de pied bot, ni de désordre nerveux. La mère croit que l'enfant a reçu un coup pendant l'accouchement. La jambe fut placée sur une forte attelle postérieure et fixée au moyen de bandes.

Sous l'influence de ce traitement, le spasme musculaire diminua, les ligaments s'affermirent, la tendance à l'hyperextension disparut. L'auteur ne croit pas que les ligaments croisés manquaient, mais il admet que cette déformation est essentiellement due à une contraction musculaire spasmodique.

La question de classement de l'observation de M. Rickman Godlee est à ce point controversée, que ce même fait est classé en 1891 par M. Phocas au rang de luxation de la jambe en avant, tandis qu'en

1897, il est classé par M. Potel parmi ceux de *genu recurvatum*.

Nous croyons, avec M. Phocas, que ce cas se rattache à ceux de vraie luxation en avant. En effet, il est bien indiqué que la jambe touche la face antérieure de la cuisse ; mais trois signes importants sont précisés ; ce sont : la saillie du tibia en avant, l'existence des mouvements de latéralité et la grande difficulté de la flexion.

Il en est de même du cas de M. Lefour, de Bordeaux, rangé par M. Potel parmi ceux de *genu recurvatum* et que nous croyons plutôt devoir être classé parmi ceux de la luxation en avant.

OBSERVATION

Double luxation congénitale des genoux (luxation en avant), par M. le docteur LEFOUR. (Communiqué dans la séance du 11 février 1896 à la Société de Gynécologie d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux. — In *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1898, n° 18, p. 207.

Enfant actuellement au dixième jour, pesant au moment de sa naissance 3.450 grammes. La mère,

primipare de 17 ans, ne présente rien de particulier à noter, pas plus dans ses antécédents héréditaires que dans ses antécédents personnels. Pas la moindre diathèse. Le père, nous dit-elle, est en bonne santé.

La grossesse évolue normalement. Au moment du travail, quand elle arrive dans le service, on constate de l'agglutination de l'orifice externe. Dilatation très lente (12 ou 13 heures) après la mise en train à l'aide du doigt qui rompt les adhérences unissant les deux lèvres du col. L'enfant souffre à sept heures du soir. Application du forceps en position oblique gauche antérieure. On constate au moment de sa naissance la double lésion congénitale. *Luxation complète en avant des deux os de la jambe gauche.* La rotule est très facilement perceptible à droite. A gauche, son existence est douteuse. Le membre inférieur gauche est de quelques millimètres plus court que celui du côté opposé. Rien d'anormal du côté des articulations coxo-fémorales. Les membres présentant ces difformités ont été photographiés par la méthode de Roentgen. L'exposition aux rayons cathodiques a été de 32 minutes pour l'avant-bras et de 50 minutes pour le genou. Le résultat a été négatif. Les tissus, malgré cette longue exposition ne semblent pas avoir été traversés. Toute la région de la plaque répondant au segment de membre qui y était appliqué est resté blanche au développement.

Il est vrai qu'on peut regretter qu'il n'y ait, ni le

mot hyperextension, ni l'expression chevauchement dans le texte de M. Lefour.

Pour savoir si le *genu recurvatum* est une véritable luxation, M. Phocas recherche des arguments d'une part dans la clinique et d'autre part dans l'expérimentation. — D'abord le *genu recurvatum* diffère profondément d'avec la luxation acquise du genou. Il n'y a dans le *genu recurvatum*, ni épanchement articulaire, ni œdème à la jambe, ni saillie du tibia, ni situation anormale de la rotule; tandis que ces divers symptômes sont les principaux de la luxation traumatique du genou. — Il est au moins bizarre (*sic*) qu'une luxation réduite puisse se reproduire avec une grande facilité. Et cet accident est, pour ainsi dire habituel, dans l'histoire du *genu recurvatum*. Châtelain, Kleeberg, Bard, Moos et M. Phocas ont vu la facile reproduction de la difformité après réduction. — M. Phocas se range donc à l'avis de M. Lannelongue qui a proposé le nom de renversement de la jambe en avant pour qualifier le *genu recurvatum* et pour montrer combien cette difformité contraste avec une véritable luxation (p. 58),

Par l'expérimentation, on n'obtient pas une véritable luxation; on n'obtient que de simples décolle-

ments épiphysaires. M. Guéniot a fait la tentative sur les cadavres de trois nouveaux-nés, sans réaliser la luxation véritable ; sauf dans le cas où il a coupé les ligaments postérieurs, il a toujours produit des décollements épiphysaires. M. Phocas sur les deux membres d'un cadavre de nouveau-né, n'a, lui aussi, obtenu que des décollements des épiphyses, malgré la lenteur avec laquelle il a procédé au renversement de la jambe sur la cuisse immobilisée, ou à l'extension de la cuisse sur la jambe. M. Hibon avait opéré avec une lenteur plus grande encore ; après avoir fixé les cuisses du fœtus sur une planche, il a amené progressivement la flexion de la jambe en sens opposé, à l'aide de cordes ou de tubes en caoutchouc qu'il serrait progressivement. Il a presque toujours obtenu des décollements épiphysaires. — Il est donc démontré, ajoute M. Phocas (p. 59), qu'expérimentalement la luxation du tibia est impossible, à moins de sectionner préalablement les ligaments postérieurs. Or, ajoute-t-il, si le relâchement ligamentaire existait, il deviendrait manifeste cliniquement, par l'existence des mouvements latéraux. Et justement ces mouvements font défaut.

L'auteur admet donc qu'il ne s'agit pas d'une

véritable luxation ; et il propose, à l'instar de certains auteurs allemands, de l'appeler *genu recurvatum* congénital ; puis il englobe dans une même description le fait de Weinlechner et ceux du type vulgaire. — Il admet donc, en principe, qu'il faut différencier la vraie luxation congénitale du genou en avant d'avec les diverses variétés du *genu recurvatum* ; — mais en fait, il laisse subsister la confusion.

La nature même du *genu recurvatum* le différencie cependant bien, dans l'enseignement oral de M. Guermont, d'avec la luxation en avant.

Se basant sur la notion clinique et sur les résultats des expériences sur le cadavre, M. Phocas n'est pas éloigné de croire à un décollement des épiphyses, et surtout de l'épiphyse fémorale. Il interprète ainsi l'irréductibilité de la lésion, qui a été quelquefois constatée, et aussi la récurrence après réduction. Dans ce dernier cas, dit-il, les manifestations ont eu probablement pour effet de rompre une consolidation vicieuse de la ligne juxta-épiphysaire du fémur. Toujours est-il que cette idée lui a inspiré le mode de traitement dont il a pris l'initiative.

« Naturellement, dit-il, nous donnons cette opinion pour ce qu'elle vaut. Mais, si elle venait à être

confirmée, le *genu recurvatum* se rapprocherait du *genu valgum* dont le siège est un trouble dans la région juxta-épiphysaire du fémur. »

M. Paul Redard se montre disposé à se ranger à cet avis (*Traité de Chirurgie orthopédique*, Paris, 1892, p. 538). La reproduction expérimentale du *genu recurvatum* par Guéniot, Hibon, Phocas, Dechy, tend à démontrer, écrit-il, que cette difformité est, le plus souvent, la conséquence d'un décollement épiphysaire du tibia ou du fémur, ou des deux os à la fois. Le genou est placé en hyperextension en raison de la contraction du triceps, et la consolidation du membre se produit dans cette attitude vicieuse. Les violences extérieures exercées sur l'utérus pendant la grossesse sont les causes les plus fréquentes de la disjonction épiphysaire, ajoute M. Redard.

Ce n'est qu'après la production de la fracture épiphysaire, que le même auteur fait entrer en ligne de compte les positions vicieuses intra-utérines et l'action de l'utérus ; il se borne à reconnaître que ces deux éléments « jouent un certain rôle » (p. 539).

Plus loin, il donne un argument de plus : « en

regardant le genou de profil, on remarque, dit-il, qu'il décrit une convexité postérieure, dont le sommet est situé au-dessus de l'interligne articulaire. »

C'est indiquer le décollement de l'épiphyse fémorale. Plus loin encore (p. 540), M. Paul Redard y revient à propos du diagnostic. Il admet que, dans des cas exceptionnels, on peut constater les signes d'une véritable luxation ou d'un décollement épiphysaire.

Cependant, quelques années plus tard (15 juillet 1897), tout s'est trouvé remis en question, parce que le fait même, qui a servi de base à toute la théorie du décollement épiphysaire, a été publiquement contesté. M. Potel (thèse de Lille, 1897, p. 73) signale bien « un petit craquement sourd, qui se fait entendre au moment où la réduction est obtenue parfaitement ; » mais il ajoute une note, qui ne met en question la bonne foi de personne, bien qu'elle contredise l'affirmation de M. Phocas. « Nous regrettons de ne pas partager ici l'avis de notre maître : nous croyons que M. Phocas, par la flexion d'avant en arrière, a rompu le tendon du triceps rétracté, et non brisé l'extrémité inférieure du fémur. C'est d'ailleurs le seul moyen d'expliquer les résultats constatés quatre

jours après l'opération. A rapprocher du cas de Robertson ». Et en effet (p. 77), M. Potel, à propos du cas John A. Robertson (1884), ajoute encore une note : « Il est probable que Robertson a rompu le tendon du triceps » alors que le texte du *the Glasgow medical journal* porte simplement « un craquement comme on en obtient dans certaines réductions de luxation. »

Plus loin, M. Potel y revient encore à propos de la nature du *genu recurvatum* (p. 92, 93, 94). « Une théorie qui mérite d'être réfutée plus longuement, écrit-il, est celle de M. Guéniot, acceptée par MM. Hibon, Redard, et notre maître, M. le professeur agrégé Phocas. D'après ces auteurs, le *genu recurvatum* serait le résultat d'une disjonction épiphysaire, pouvant affecter le tibia, mais particulièrement le fémur. Nous répondrons d'abord que l'autopsie a été faite une douzaine de fois, soit à la naissance, soit plus tard. Dans aucun cas on n'a trouvé de décollement épiphysaire, mais on a toujours trouvé les ligaments allongés ». M. Potel réfute ensuite longuement les arguments cliniques et expérimentaux des partisans de la disjonction épiphysaire et conclut en admettant « que le *genu recurvatum* est une affection

due à une rétraction du muscle triceps produite pendant la vie fœtale ».

De tous ces faits, il résulte pour nous que le *genu recurvatum*, par ses symptômes et par sa nature, est une affection différente de la luxation congénitale en avant.

Le *genu recurvatum* n'est pas une luxation au vrai sens du mot ; on ne peut guère le qualifier que du nom de subluxation (Guermonprez).

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Jusqu'à présent, on paraît avoir considéré comme des infirmités incurables les cas, encore peu nombreux, de véritable luxation congénitale du genou en avant. On s'est borné à conseiller quelque appareil de prothèse....., ou bien à tenir le langage de la résignation pure et simple.

Le fait, que nous avons observé avec M. Guermontprez, donne la preuve qu'il ne faut pas renoncer à obtenir une réduction proprement dite. Toutefois, il ne faut pas non plus se bercer de l'illusion de croire qu'il s'agit d'une manœuvre

simple et facile. Même chez l'enfant, c'est un acte chirurgical lent, pénible et laborieux. Il y a une difficulté, qui résulte des modifications inévitables dans l'état des fibro-cartilages interarticulaires, qui ne se trouvent plus comprimés entre les cartilages fémoraux et ceux du tibia, et qui subissent par conséquent une ou plusieurs des modifications connues dans l'évolution des tissus fibro-élastiques. Dès lors, la comparaison s'impose tout naturellement entre la luxation complète et complexe du genou en avant et la luxation complète et complexe de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière.

Il ne faut cependant pas admettre une identité entre ces deux termes de la comparaison : la rigidité des os sésamoïdes de la sangle du ligament antérieur du pouce est un obstacle que rien n'atténue, lorsqu'il s'agit d'une luxation du pouce. Faute de pouvoir le surmonter, il faut se borner à tourner cet obstacle.

Il n'en est pas ainsi dans la luxation du genou en avant avec chevauchement : le peu que l'on sait sur l'anatomie pathologique de la question indique déjà la non-existence ou du moins l'état impercep-

tible de la rotule dans ces circonstances, qui diffèrent si profondément des conditions régulières du développement du principal parmi tous les os sésamoïdes de l'organisme.

Il suffit donc de faire pour le genou l'adaptation de la règle classique en pathologie générale : faire parcourir par l'os déplacé le même chemin qui a été suivi par lui pour sortir de son siège normal, mais en sens inverse.

Pour aboutir à une luxation complète, on peut admettre que le tibia a suivi trois stades successifs : 1° *genu recurvatum* vulgaire ; 2° hyperextension poussée jusqu'à l'angle droit ; 3° production brusque du chevauchement... ; absolument comme dans les trois états décrits par M. Farabeuf pour le pouce : 1° subluxation banale ; 2° luxation complète du pouce en Z ; 3° luxation complète et complexe avec chevauchement.

Il devient dès lors tout indiqué d'organiser une manœuvre de même sorte.

Aucune pince n'est nécessaire, puisque la main de chirurgien ne manque pas de prise sur une jambe d'enfant.

OBSERVATION (1).

Le 1^{er} mai 1900, l'enfant est âgée de neuf mois et sept jours. Son état de santé est satisfaisant. La dyspnée, qui ressemble à du cornage, n'attire plus l'attention ; ce n'est plus guère qu'un vestige du ronflement d'autrefois. Elle a d'ailleurs donné quelques sourires : elle a regardé curieusement des particularités nouvelles de son habitation et révélé quelques autres témoignages de formation intellectuelle. Dans ces conditions l'opération est faite par M. Guermontprez avec la collaboration de MM. Lancial et Jean Cayre.

Il n'y a pas de chloroformisation préalable. L'enfant couchée dans le décubitus dorsal, sur le bord d'une table, est soutenue par les côtés du thorax en vue de résister aux manœuvres d'extension sur les membres inférieurs.

Un massage préliminaire est mené par le chirurgien lui-même ; il est ensuite continué et prolongé tour à tour par chacun des deux aides. Pour faire cette manœuvre on tient à la main la jambe et le pied, tandis qu'au moyen du pouce et aussi des

(1) Seconde note sur la luxation congénitale des deux genoux en avant et spécialement sur le choix du procédé de réduction, par M. GUERMONTPREZ et Jean CAYRE.

Observation communiquée à la Société anatomo-clinique de Lille, le 2 mai 1900. C'est la suite de l'observation personnelle des pages 14 et suivantes.

autres doigts on fait une friction de tout le pourtour du genou, autant que possible dans une direction centripète, Méthodiquement, on assouplit ainsi et on explore simultanément toutes les parties molles, en commençant par les superficielles, pour achever par un contact devenu facile sur le squelette lui-même.

On arrive très vite à l'achèvement de ce massage dans la région poplitée, dont le tégument est très mince. — Ce qui demande le plus de temps, c'est l'assouplissement de chacune des deux portions latérales, qui est relativement dure, épaisse, rigide. A la fin de cette manœuvre préliminaire, on palpe, non sans quelque surprise, les contours du fémur et ceux du tibia ; et on en discerne tous les détails avec une précision qui aurait semblé tout d'abord invraisemblable. On ne trouve pas trace de rotule ni à droite ni à gauche.

Le dégagement est ensuite recherché par des efforts d'extension combinés avec des inclinaisons alternativement en dedans et en dehors et aussi avec quelques manœuvres, soit de rotation, soit de renversement.

Ce second temps des manœuvres préliminaires n'est pas, à vrai dire, absolument distinct du premier : les deux sont effectués simultanément ; et le chirurgien complète inévitablement l'un par l'autre, à mesure qu'il apprécie l'approximation de plus en plus grande du résultat cherché.

Sur ces entrefaites, lui-même, et aussi celui des aides qui fait la contrexension à la racine du membre,

perçoit de temps à autre quelque sensation de secousse, qui est manifestement la rupture de parties molles : c'est tantôt l'une ou l'autre des portions des ligaments latéraux, tantôt le tissu cellulaire péritendineux, tantôt quelque fibre d'un des muscles demi-membraneux, demi-tendineux, biceps, couturier. Ces résultats sont obtenus peu à peu, par des efforts ménagés avec la précaution de toujours agir en prenant point d'appui le plus près possible des surfaces articulaires, afin d'éviter les disjonctions épiphysaires et surtout les fractures.

Ainsi on parvient en peu de minutes à une extension suffisante pour amener le plateau tibial à peu près au même niveau que les condyles fémoraux ; mais le chevauchement existe encore. — Au cours d'une exploration rapide, le chirurgien et chacun de ses deux aides constatent tour à tour les résultats désormais acquis ; ils se rendent compte en même temps de l'impossibilité de réaliser la coaptation par une impulsion directe ; le mouvement en touche de piano est vainement essayé : il est évident que l'interposition des fibro-cartilages interarticulaires oppose un obstacle insurmontable. C'est pourquoi, sans aucune temporisation, le chirurgien effectue lui-même la manœuvre antérieurement délibérée et résolue pour arriver à la réduction.

La manœuvre de réduction est absolument celle qui a été décrite pour la luxation complète et complexe de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière. Il n'est plus fait aucune extension ;

mais de propos délibéré ce qui est cherché, c'est l'hyperextension poussé absolument jusqu'à l'angle droit : on n'y réussit pas d'emblée ; il faut des efforts successifs et mesurés pour y atteindre peu à peu. — Le chirurgien se rend compte que le contact du tibia sur le fémur n'est pas encore absolument direct ; il ne reconnaît pas cette sensation de rudesse relative, qu'il a perçue à une époque encore récente au moment de mener à bien la réduction d'une luxation classique du pouce ; c'est pourquoi il ajoute immédiatement un mouvement de va et vient, qui pousse le revêtement cartilagineux du tibia vers la face dorsale du fémur. Sans obtenir sur un enfant de neuf mois la sensation si spéciale que donnent les os du pouce d'un adulte, il croit reconnaître à un certain moment le peu d'importance des parties molles encore interposées ; il croit sentir la possibilité de conduire le tibia exactement sur les portions cylindroïdes des condyles fémoraux — Pour y parvenir il ne presse que sur les épiphyses elles-mêmes : son pouce droit appuie énergiquement sur la tubérosité antérieure du tibia. De la main gauche, il maintient les condyles fémoraux eux-mêmes, avec la précaution d'éviter toute pression en arrière sur la région intercondylienne, de crainte de traumatiser les vaisseaux et nerfs de la région poplitée. Et, en effet, dès la première reprise, il obtient le résultat pour le genou gauche.

La réduction paraît être un peu moins complète pour le genou droit, car le condyle externe du

fémur paraît être un peu resté en arrière de sa situation normale, tandis que le condyle interne de ce fémur est bien en rapport régulier avec la tubérosité interne du tibia. Quelques efforts sont tentés pour achever cette dernière réduction ; mais le chirurgien n'insiste pas ; il se réserve de renouveler, s'il y a lieu, la même manœuvre ultérieurement.

La manœuvre de réduction proprement dite a été menée rapidement : en profitant du moment de relâchement musculaire, qui était la conséquence de la fatigue obtenue, tant par le massage que par l'extension prolongée ; il a fallu y employer une très grande vigueur. Il en est résulté à peine quelques minimas excoriations sur un seul côté d'un seul genou. L'enfant a témoigné de sa douleur, tant par ses cris, que par la sueur qui perlait sur son visage ; mais le calme fut obtenu en peu de temps.

Le bandage d'immobilisation a été installé, non sans avoir au préalable vérifié l'allongement du membre, aussi bien après la première qu'après la deuxième manœuvre. — Les deux membres étaient égaux avant l'opération. Un allongement de deux centimètres a été évident par la comparaison du congénère aussitôt après la réduction d'un des deux membres. — Le résultat a d'ailleurs été constaté par chacun des deux aides au moyen d'une palpation directe et très librement prolongée.

Le même allongement de deux centimètres a été vérifié sur le membre opéré en second lieu, parce que la mensuration a été faite au moyen d'un mètre

en cordon depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la malléole péronière, d'abord immédiatement avant de commencer les manœuvres, et ensuite immédiatement après la réduction, au moment d'appliquer le bandage. La différence a été de 19 centim.5 à 21 centim. 5, soit une augmentation d'un dixième de la longueur du membre.

Le bandage se compose d'abord d'une nappe d'ouate autour de la cuisse et une autre autour de la jambe, de façon à donner à ces deux portions un volume assez semblable à celui du genou. — Il se compose ensuite d'un papier gaufré, dit aussi carton de paille plissé du type des cartons d'emballage, dont il est placé deux épaisseurs dans tout le pourtour du membre, depuis la région inguinale jusqu'au pourtour du cou de pied. — Une simple bande de toile fixe le tout avec une compression modérée. — Une garniture de taffetas chiffon protège le bandage contre les souillures urinaires et autres.

Suites opératoires. — Le 5 mai le bandage est enlevé pour la première fois. Il n'y a point de traces d'excoriations, point d'ecchymoses. On commence à discerner la configuration normale du genou. Un instant seulement on abandonne le membre ; et l'enfant accomplit spontanément une ébauche de la flexion du genou dans le sens normal.

Le chirurgien reconnaît que l'articulation est encore mal assurée, presque flottante ; il se refuse toute exploration complémentaire et s'empresse de réinstaller le même bandage.

Le 11 mai l'enfant est trouvé souillée dans son bandage : il y a même un peu d'érythème sur les limites de celui-ci. C'est pourquoi les personnes de la famille prennent l'initiative de le renouveler. Ils le font avec une rapidité suffisante pour éviter un déplacement.

Le 12 mai M. Guermonprez supprime ce bandage, dont la compression était un peu insuffisante. Il tente ensuite d'abandonner le membre à lui-même ; et il voit sous ses yeux s'effectuer une récidive en l'espace de quelques minutes. Le changement se fait lentement sans passer par aucune phase d'hyperextension.

Sans temporiser, on fait une douce extension et on obtient une réduction nouvelle, qui est aussitôt maintenue par le bandage roulé avec de l'ouate et du carton cannelé. — Toutefois, en prévision des tentatives au déplacement, il est placé deux morceaux de feutre d'une épaisseur de cinq millimètres environ sur chacun des deux os, en choisissant l'emplacement : celui qui correspond à l'extrémité supérieure du tibia est placé en avant, dans le but de refouler l'os en arrière ; celui qui répond à l'extrémité inférieure du fémur est situé en arrière. Il est par conséquent poussé d'arrière en avant. — Le même bandage est placé de chaque côté, bien que la réduction du côté droit semble moins parfaite que l'autre.

Le 15 mai l'enfant a bien supporté son bandage ; il ne paraît plus y avoir de menace immédiate de récidive. Nous nous gardons bien d'abandonner le membre en liberté. Une exploration très douce suffit

pour faire reconnaître la possibilité de la flexion dans la direction normale.

C'est pourquoi, conformément aux indications données par notre maître, nous supprimons les feutres et cartons ; et nous installons le membre dans une gouttière, qui place le membre en une minime flexion et que nous avons préparée dès la veille en chantournant une pièce de liège dans ce but avec M. Guermonprez.

On peut donc retenir pour certaine la possibilité d'une réduction d'une luxation congénitale du genou en avant, du moins lorsque l'enfant est suffisamment jeune.

L'impulsion directe n'aboutit pas ; il faut recourir à la manœuvre du renversement préalable, qui a été une phase temporaire de l'évolution de la luxation. Il faut surtout préparer la réduction par un massage méthodique et préalable et par des extensions prolongées et plus ou moins complétées par des mouvements de rotation et de latéralité.

Lorsque l'enfant est suffisamment jeune, il convient de s'abstenir de toute secousse et de tout effort brusque.

L'avenir montrera quelles sont les limites des indications et des contre-indications de ce traitement, qui dispense des appareils de prothèse, mais non pas des soins consécutifs.

CONCLUSIONS

I. — La luxation congénitale du genou en avant n'est complète que si le tibia chevauche par devant le fémur.

II. — Le membre est raccourci. Au lieu de la configuration normale, il présente une forme cylindroïde avec un pli profond, parfois deux.

III. — L'impotence fonctionnelle du membre est caractérisée par l'impossibilité absolue de la flexion et par une étendue minime d'hyperextension.

IV. — La palpation indique un peu de mobilité anormale latéralement ; elle permet de sentir en arrière les deux condyles fémoraux sous les minces téguments du creux poplité ; grâce à l'absence de rotule, elle donne, en avant, le contact direct et facile avec le plateau tibial, qui suit manifestement tous les mouvements imprimés à la jambe.

V. — On doit distinguer la vraie luxation du genou en avant d'avec ce qui est devenu classique sous le nom de *genu recurvatum*. Ce dernier n'est pas une luxation au vrai sens du mot : on ne peut guère le qualifier que du nom de subluxation.

VI. — Quand l'enfant est suffisamment jeune, la luxation n'est pas irréductible.

VII. — Pour mener à bien la réduction, il faut tenir compte des obstacles apportés par les fibro-cartilages intra-articulaires et par conséquent tenir compte des notions scientifiquement acquises pour une articulation comparable, la métacarpo-phalangienne du pouce en arrière.

VIII. — Sous le bénéfice d'un massage préalable et prolongé, on parvient à réduire la luxation en trois temps : 1° l'hyperextension poussée jusqu'à l'angle droit ; 2° l'impulsion directe exercée sur l'épiphyse seulement ; 3° l'extension selon l'axe, lorsque la rectitude est obtenue.

IX. — La contention est rendue difficile par les menaces de récurrence : il est longtemps nécessaire de faire porter un bandage fréquemment renouvelé. Le bandage doit répondre à deux indications : 1° déter-

miner l'impulsion de chacun des deux os dans le sens opposé à celui du déplacement préexistant ; 2° conduire le membre progressivement vers la flexion dans le sens normal, c'est-à-dire en arrière.

Paris, le 1^{er} Juin 1900.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- J. CAYRE et FR. GUERMONPREZ. — *Seconde note sur la luxation congénitale des deux genoux en avant et spécialement sur le choix du procédé de réduction.* (Société Anatomo-clinique de Lille : Séance du 2 mai 1900.)
- FRIEDLEBEN. — *Jarbuch fur kinderheilkunde.* Prague, 1860 III Jahrg. 3 Helf. — (Cf. thèse Potel, p. 166).
- GUÉNIOT. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1880, VI, 442 et suiv. *Ibidem*, p. 683.
- FR. GUERMONPREZ. — *Première note sur la véritable luxation congénitale des deux genoux en avant.* Société Anatomo-clinique de Lille, 10 janvier 1900. *Journal des Sc. méd. Lille*, avril 1900. *Annales de chir. et d'orthopédie* : Paris, avril 1900.
- KETCH. — Académie de Médecine de New-York, 1889. Cité par H. Ling Taylor, puis par M. Potel, p. 166.
- KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris, 1898, p. 580 et suiv.
- LANNELONGUE. — *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1880, VI.
- LEFOUR. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1896, n° 18, p. 207.
- DE MOOR. — *Langenbeck's archiv.*, 17 (Cf. Potel, 167).

- G. PHOCAS. — *Genu recurvatum congénital, ou luxation congénitale du tibia en avant*. Revue d'Orthopédie. Paris, 1891, p. 50.
- G. POTEL. — *Etude sur les malformations congénitales du genou*. Thèse de Lille, 1897.
- P. REDARD. — *Traité pratique de Chirurgie orthopédique*. Paris, 1892, p. 537.
- RICKMAN GODLEE. — *Congenital dislocation of the knee forwards, the Lancet*, London, 1877, p. 316.
- J. K. ROBERTSON. — *On a peculiar case of congenital anteflexion of the right knee-joint*. Glasgow médical journal, 1884, t. XXII, p. 118.
- WEINLECHNER. — Société de Médecine de Vienne, 1884. *Awreiger der konigl. kaiserl. Gesellschaft der Aerzte in Wien*. — 20 mars 1884, n° 21, p. 105.
-

